

Tarif KTFB

	Seite		Seite
1. Versicherungsfähigkeit	2	6. Leistungsanpassungen	3
2. Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	2	7. Keine Herabsetzung im ersten Jahr der freiberuflichen Tätigkeit	3
3. Karenzzeiten	2	8. Fortführung der Versicherung bei Statuswechsel	3
4. Leistungen bei Schwangerschaft	2	9. Ordentliche Kündigung	4
5. Mutterschaftstagegeld	2		

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/KT 2020)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		§ 22 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug	14
§ 1 Gegenstand der Versicherung	5	§ 23 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	14
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	5	Änderung des Versicherungsvertrages	
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	5	§ 24 Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag	14
§ 4 Wartezeiten	5	§ 25 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen	14
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	6	§ 26 Tarifwechsel	15
§ 6 Versicherungsschutz im In- und Ausland	6	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
Leistungen der Generali		§ 27 Allgemeines	15
§ 7 Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls	7	§ 28 Obliegenheiten	15
§ 8 Karenzzeit	7	§ 29 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	16
§ 9 Nettoeinkommen	8	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Änderung des Krankentagegelds durch die Generali	8	§ 30 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	17
§ 11 Änderung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer	9	§ 31 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	17
§ 12 Anderweitige Leistungen zum Ersatz des Verdienstausfalls	10	§ 32 Kündigung durch die Generali	17
§ 13 Leistungsvoraussetzungen	10	§ 33 Weitere Beendigungsgründe und Fortsetzungsrechte	18
§ 14 Leistungsausschlüsse	11	Weitere Regelungen	
§ 15 Auszahlung der Versicherungsleistung	12	§ 34 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	20
§ 16 Verpfändung	12	§ 35 Anwendbares Recht	20
§ 17 Auskunftsrechte	12	§ 36 Gerichtsstand	20
§ 18 Überschussbeteiligung/ Beitragsrückerstattung	12	§ 37 Erklärungen des Versicherungsnehmers	20
Beiträge		§ 38 Verjährung	20
§ 19 Fälligkeit und Zahlungsweise	13	Streitschlichtungsstellen	21
§ 20 Berechnung der Beiträge	13	Anhang – Auszüge aus Gesetzen	22
§ 21 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug	13		

KRANKENTAGEGELD

Die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KTFB bietet Verdienstausschlagsschutz für freiberuflich tätige Personen (Freiberufler). Der Tarif KTFB ist nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Er gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2020).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif KTFB sind

- freiberuflich Tätige mit regelmäßigen Einkünften aus selbstständiger Arbeit (§ 18 Abs. 1 Ziffer 1 des Einkommensteuergesetzes (EStG, siehe Anhang)) und Apotheker, die ihren Beruf selbstständig ausüben und aus ihrer Berufstätigkeit regelmäßige Einkünfte haben,
- für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (nachfolgend Generali) besteht.

2. Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit

Die Generali ersetzt den als Folge von Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausschlag durch Zahlung des vereinbarten Krankentagegelds. Das vereinbarte Krankentagegeld darf – zusammen mit ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern – das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Als Krankentagegeld können ganzzahlige Vielfache von 1,00 EUR versichert werden.

3. Karenzzeiten

3.1 Tarife

Das Krankentagegeld wird für Zeiträume nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit für jeden Kalendertag einer ärztlich nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Es können folgende Tarife gewählt werden:

Tarif	Zahlung
KTFB21 (21 Tage Karenzzeit)	ab dem 22. Tag (4. Woche) der Arbeitsunfähigkeit
KTFB42 (42 Tage Karenzzeit)	ab dem 43. Tag (7. Woche) der Arbeitsunfähigkeit
KTFB91 (91 Tage Karenzzeit)	ab dem 92. Tag (14. Woche) der Arbeitsunfähigkeit
KTFB182 (182 Tage Karenzzeit)	ab dem 183. Tag (27. Woche) der Arbeitsunfähigkeit
KTFB364 (364 Tage Karenzzeit)	ab dem 365. Tag (53. Woche) der Arbeitsunfähigkeit

3.2 Verkürzte Karenzzeiten in den Tarifen KTFB21 und KTFB42 bei einem Krankenhausaufenthalt

Wird bei einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankenhausaufenthalt medizinisch notwendig, zahlt die Generali das Krankentagegeld bereits ab dem vierten Tag des Krankenhausaufenthalts, spätestens nach Ablauf der Karenzzeit von 21 Tagen (Tarif KTFB21) bzw. 42 Tagen (Tarif KTFB42) nach Nr. 3.1 für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

4. Leistungen bei Schwangerschaft

4.1 Tarife KTFB42, KTFB91, KTFB182 und KTFB364

In Ergänzung zu § 1 Abs. 2 a) AVB/KT 2020 leistet die Generali für Zeiträume außerhalb der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 Mutterschutzgesetz (siehe Anhang) auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder Fehlgeburt. Der Leistungsausschluss nach § 14 Abs. 2 d) AVB/KT 2020 findet in diesen Zeiträumen keine Anwendung.

4.2 Tarife KTFB21 und KTFB42

Die Regelung zu den verkürzten Karenzzeiten bei Krankenhausaufenthalt nach Nr. 3.2 gilt in den Tarifen KTFB21 und KTFB42 auch für Leistungen bei Schwangerschaft.

5. Mutterschaftstagegeld

Die Generali ersetzt weiblichen Versicherten den Verdienstausschlag, der dadurch entsteht, dass die versicherte Person während der Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag (Mutterschutzfristen) nicht oder nur eingeschränkt tätig ist, durch Zahlung des Mutterschaftstagegelds.

Das Mutterschaftstagegeld entspricht dem vereinbarten Krankentagegeld. Auf das Mutterschaftstagegeld werden jedoch anderweitige Leistungen zum Ersatz des Verdienstausschlags (z. B. Elterngeld) angerechnet, soweit durch die Summe der Zahlungen das Nettoeinkommen überschritten würde. Zahlungen Dritter an die versicherte Person sind der Generali nachzuweisen.

In den Tarifen KTFB21 und KTFB42 wird das Mutterschaftstagegeld ohne Anwendung der tariflichen Karenzzeit gezahlt.

In den Tarifen KTFB91, KTFB182 und KTFB364 wird das Mutterschaftstagegeld erst für Tage nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit gezahlt. Die Karenzzeit beginnt mit dem ersten Tag der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz. Geht der Mutterschutzfrist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach § 1 Abs. 3 AVB/KT 2020 voraus, wird deren Dauer auf die Karenzzeit angerechnet.

6. Leistungsanpassung

6.1 Allgemeine Leistungsanpassung

In Abständen von längstens zwei Jahren wird das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der Veränderung der Durchschnittsentgelte in der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst (Allgemeine Leistungsanpassung).

Voraussetzungen für die Allgemeine Leistungsanpassung sind:

- a) Es ist ein Krankentagegeld in Höhe von mindestens 50,00 EUR versichert.
- b) Die Krankentagegeldversicherung besteht hinsichtlich Tarif, Karenzzeit und Höhe des Krankentagegelds unverändert seit mindestens 12 Monaten vor dem Stichtag.

Die Erhöhung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst und Leistungsbeschränkungen gelten entsprechend für die Erhöhung.

Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an das erhöhte Krankentagegeld gezahlt.

Die Einzelheiten der Anpassung werden auf Grundlage der Veränderung der Durchschnittsentgelte in der gesetzlichen Rentenversicherung in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Anpassung erfolgt mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders. Mit Zustimmung des Treuhänders kann eine Allgemeine Leistungsanpassung auch unterbleiben.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Leistungsanpassung informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Leistungsanpassung innerhalb von zwei Monaten nach deren Wirksamwerden rückwirkend zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens in Textform widersprechen. In diesem Fall entfällt die Erhöhung rückwirkend.

Das aufgrund einer Allgemeinen Leistungsanpassung angepasste Krankentagegeld darf das Nettoeinkommen nach § 9 Abs. 1 AVB/KT 2020 nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Generali unverzüglich zu informieren, wenn dies der Fall ist.

Erlangt die Generali davon Kenntnis, dass aufgrund von Allgemeinen Leistungsanpassungen das versicherte Krankentagegeld höher ist als das Nettoeinkommen, kann sie das Krankentagegeld nach § 10 AVB/KT 2020 herabsetzen.

6.2 Individuelle Leistungsanpassung

Daneben besteht das Recht auf Änderung des Krankentagegelds nach § 11 AVB/KT 2020 in Form einer Heraufsetzung des Krankentagegelds nach § 11 Abs. 1 und einer Verkürzung der Karenzzeit nach § 11 Absätze 3 bis 5 AVB/KT 2020.

7. Keine Herabsetzung im ersten Jahr der freiberuflichen Tätigkeit

Abweichend von § 10 Abs. 1 AVB/KT 2020 kann die Generali das versicherte Krankentagegeld während der ersten 12 Monate nach erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nicht herabsetzen.

8. Fortführung der Versicherung bei Statuswechsel

Endet die Versicherungsfähigkeit, weil die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr als Freiberufler ausübt, sondern als Gewerbetreibender oder Arbeitnehmer fortsetzt (Statuswechsel), kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nach Maßgabe des § 11 AVB/KT 2020 fortführen. Die Änderung muss mit geeignetem Nachweis spätestens innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt des Eintritts des Änderungsgrunds erklärt werden.

Wird die Änderung nicht in der genannten Frist erklärt, setzt sich die Versicherung unter Anrechnung der erworbenen Rechte ab dem Zeitpunkt des Statuswechsels nach dem Tarif KTGT für Gewerbetreibende bzw. nach dem Tarif KTAN für Arbeitnehmer zu den nachfolgenden Bedingungen fort:

- Es gilt dieselbe Karenzzeit, die im Tarif KTFB vereinbart war. Liegt die bisher vereinbarte Karenzzeit unter 42 Tagen, wird die Versicherung bei einem Statuswechsel zum Arbeitnehmer im Tarif KTAN42 fortgesetzt.
- Die Höhe des versicherten Krankentagegelds entspricht dem Betrag des maximalen Krankengelds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 47 SGB V (Höchst-Krankengeld) zum Zeitpunkt des Statuswechsels. Liegt das bis zum Zeitpunkt des Statuswechsels vereinbarte Krankentagegeld unter dem Höchst-Krankengeld, setzt sich die Versicherung mit der Höhe nach unverändertem Krankentagegeld fort.

Die Fortführung erfolgt jeweils nur dann, wenn weiterhin eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali besteht.

Ab dem Zeitpunkt des Statuswechsels sind die veränderten Beiträge zu zahlen.

Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst und Leistungsbeschränkungen werden im neuen Tarif übernommen. Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung zum Zeitpunkt des Statuswechsels kündigen. Dieses Kündigungsrecht kann bis zu zwei Monate rückwirkend ausgeübt werden.

Endet die Versicherungsfähigkeit aus anderen Gründen, bestimmen sich die Folgen nach § 33 AVB/KT 2020.

9. Ordentliche Kündigung

Einschränkung des ordentlichen Kündigungsrechts der Generali

Abweichend von § 32 Abs. 1 AVB/KT 2020 kann die Generali die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KTFB bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nur insoweit kündigen, als mit dem versicherten Tagessatz das Höchst-Krankengeld der GKV überschritten wird.

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	(1) Allgemeines Die Generali Deutschland Krankenversicherung AG (nachfolgend Generali) bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall – als Folge von Arbeitsunfähigkeit, die durch Krankheit oder Unfall verursacht wird sowie – während der gesetzlichen Mutterschutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag (Mutterschutzfristen). Die Generali zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit bzw. der Mutterschutzfristen ein Krankentagegeld im vertraglich vereinbarten Umfang. (2) Versicherungsfall a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. b) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen versicherten Person, der während der Mutterschutzfristen entsteht, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. (3) Arbeitsunfähigkeit Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht (vollständige Arbeitsunfähigkeit). (4) Arbeitsunfähigkeit bei stufenweiser Wiedereingliederung Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nur teilweise ausüben kann und – in einem Arbeitsverhältnis steht und an einer Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V oder § 44 SGB IX, § 74 SGB V und § 44 SGB IX (siehe Anhang) teilnimmt. – selbstständig tätig ist und ihre Tätigkeit unmittelbar nach einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit nach Abs. 3 von mindestens sechs Wochen Dauer teilweise ausübt. Dies gilt nur, wenn die vollständige Aufnahme der Tätigkeit nach ärztlichem Befund noch nicht möglich ist und eine teilweise Aufnahme der Tätigkeit möglich und sinnvoll ist, um die versicherte Person besser in das Erwerbsleben einzugliedern. Die stufenweise Wiedereingliederung muss in einem Wiedereingliederungsplan dokumentiert sein, der der Generali vor Beginn der Wiedereingliederungsmaßnahme vorgelegt wird.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KT 2020), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet, es sei denn, sie sind erst nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
§ 4 Wartezeiten	(1) Wartezeiten Die Generali leistet erst für Zeiträume nach Ablauf der Wartezeiten. Die Wartezeiten beginnen mit dem Versicherungsbeginn.

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Die besonderen Wartezeiten von acht Monaten gelten

- für Psychotherapie und
- bei Verdienstausfall während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag.

(2) Entfall der Wartezeiten bei Unfällen

Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

(3) Entfall der Wartezeiten bei gleichzeitigem Beginn einer Krankheitskostenvollversicherung

Die Wartezeiten entfallen, wenn gleichzeitig mit der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali beginnt. Voraussetzung ist, dass die Wartezeiten für die versicherte Person in der Krankheitskostenvollversicherung ebenfalls entfallen.

(4) Entfall der Wartezeiten bei erstmaliger Aufnahme einer nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit

Die Wartezeiten entfallen auch, wenn bei der Generali eine Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfe ergänzende Krankheitskostenvollversicherung) besteht und die Krankentagegeldversicherung gleichzeitig mit der erstmaligen Aufnahme einer nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit beginnt.

(5) Entfall der Wartezeiten bei Übertritt

Die Wartezeiten entfallen, wenn eine Krankentagegeldversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer vom Versicherungsnehmer gekündigt wird und die Krankentagegeldversicherung bei der Generali sich nahtlos anschließt. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali besteht, in der die Wartezeiten bereits abgeleistet oder entfallen sind.

(6) Wartezeiten bei Vertragsänderungen

Bei nachträglichen Erhöhungen des Krankentagegelds (ausgenommen Heraufsetzungen des Krankentagegelds gemäß § 11 Abs. 1) oder einer späteren Reduzierung der Karenzzeit (ausgenommen Reduzierung der Karenzzeit gemäß § 11 Absätze 3, 4 und 5) gelten die vorstehenden Regelungen gemäß den Absätzen 1 (Wartezeiten) und 2 (Entfall der Wartezeiten bei Unfall) für den hinzukommenden Teil der Versicherungsschutzes.

§ 5

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Beendigungsgründe und -zeitpunkte sind in §§ 31, 32, 33 geregelt.

Kündigt die Generali das Versicherungsverhältnis gemäß § 32 Abs. 1, endet der Versicherungsschutz für bereits eingetretene Versicherungsfälle erst einen Monat nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 6

Versicherungsschutz im In- und Ausland

(1) Versicherungsschutz am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts

Versicherungsschutz besteht am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts in

- Deutschland,
- den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU),
- den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und
- der Schweiz.

(2) Versicherungsschutz bei vorübergehenden Aufenthalten

Bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb des Orts des gewöhnlichen Aufenthalts gilt weltweit Versicherungsschutz,

- solange die versicherte Person sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet oder wenn die versicherte Person dort arbeitsunfähig wird. Der Versicherungsschutz besteht dann, solange die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts zurückkehren kann. Dies ist durch einen medizinischen Befund nachzuweisen.
- wenn die Generali dies vorab zugesagt hat. Die Generali wird die Zusage erteilen, wenn die Verlegung des Aufenthalts medizinisch sinnvoll ist.

(3) Kein Versicherungsschutz bei gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz

Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem Land außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Nach § 33 Abs. 10 endet das Versicherungsverhältnis.

Leistungen der Generali

§ 7

Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls

(1) Krankentagegeld wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit

Die Generali zahlt das vereinbarte Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls, der als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit entsteht.

Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere in § 1 Abs. 2 genannte Versicherungsfälle hervorgerufen, wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(2) Krankentagegeld bei Wiedereingliederung von Arbeitnehmern

Die Generali zahlt das vereinbarte Krankentagegeld bei Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung von Arbeitnehmern (gemäß § 1 Abs. 4) für die Dauer des Wiedereingliederungsplans, höchstens aber für 12 Wochen je Versicherungsfall.

(3) Krankentagegeld bei Wiedereingliederung von Selbstständigen

Bei Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung von selbstständig Tätigen (gemäß § 1 Abs. 4) zahlt die Generali das Krankentagegeld für die Dauer des Wiedereingliederungsplans, höchstens aber für sechs Wochen je Versicherungsfall und Kalenderjahr. Das Krankentagegeld wird anteilig geleistet; die Höhe der Leistung entspricht dem prozentualen Anteil der Arbeitsunfähigkeit, der sich aus dem Wiedereingliederungsplan ergibt. Ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit im Wiedereingliederungsplan in Arbeitsstunden angegeben, wird der Berechnung der Höhe der Leistung eine Vierzigstunden-Arbeitswoche zugrunde gelegt.

(4) Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen (Mutterschaftstagegeld)

Die Generali zahlt das vereinbarte Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls für die Dauer der Mutterschutzfristen.

Für Zeiträume des Bezugs von Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen besteht auch bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit kein zusätzlicher Anspruch auf Krankentagegeld wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1.

§ 8

Karenzzeit

(1) Leistungsbeginn bei Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit

Das Krankentagegeld wird erst für Tage nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit gezahlt. Die Karenzzeit beginnt mit dem Tag, an dem die vollständige Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

a) Anrechnung bei Arbeitnehmern

Rechnet der Arbeitgeber der versicherten Person bei der Fortzahlung des Arbeitsentgelts Tage der Arbeitsunfähigkeit berechtigterweise zusammen, rechnet die Generali diese Tage auf die tarifliche Karenzzeit an.

b) Anrechnung bei Selbstständigen

Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten erneut wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge arbeitsunfähig, rechnet die Generali alle Tage der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge der letzten zwölf Monate auf die tarifliche Karenzzeit an.

c) Anrechnung bei Arbeitsunfähigkeit nach Mutterschutz

Schließt sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit an eine Mutterschutzfrist an, wird die Zeit des Mutterschutzes auf die tarifliche Karenzzeit angerechnet, wenn die zur Arbeitsunfähigkeit führende Krankheit mit der Schwangerschaft oder Entbindung in ursächlichem Zusammenhang steht.

(2) Leistungsbeginn bei Mutterschaftstagegeld

Das Mutterschaftstagegeld wird erst für Tage nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit gezahlt. Die Karenzzeit beginnt mit dem ersten Tag der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang). Geht der Mutterschutzfrist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach § 1 Abs. 3 voraus, wird deren Dauer auf die Karenzzeit angerechnet.

§ 9

Nettoeinkommen

(1) Krankentagegeld und Nettoeinkommen

Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und den AVB/KT 2020.

Das Krankentagegeld darf zusammen mit anderweitigen Leistungen zum Ersatz des Verdienstausfalls wegen Arbeitsunfähigkeit (z. B. sonstigen Krankentagegeldern und dem Netto-Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)) das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.

(2) Arbeitnehmer

Als Nettoeinkommen von Arbeitnehmern gelten 80 % des im Bemessungszeitraum (im Sinne des § 10 Abs. 2) erzielten Arbeitslohns aus nicht selbstständiger Arbeit nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 EStG (siehe Anhang)

- ohne Ersatz von Aufwendungen und Verpflegungszuschüssen
- zuzüglich eines Tagessatzes von 30,00 EUR für die Arbeitgeberanteile zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, wenn kein Anspruch auf Krankengeld bei der GKV besteht

(3) Selbstständige

- Als Nettoeinkommen von Gewerbetreibenden gelten 80 % des im Bemessungszeitraum (im Sinne des § 10 Abs. 3) erzielten Gewinns aus Einkünften aus Gewerbebetrieb nach § 15 EStG (siehe Anhang).
- Als Nettoeinkommen von Freiberuflern und anderen Selbstständigen gelten 80 % des im Bemessungszeitraum (im Sinne des § 10 Abs. 3) erzielten Gewinns aus Einkünften aus selbstständiger Arbeit nach § 18 EStG i.V.m. § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 EStG (siehe Anhang).
- Als Nettoeinkommen von Land- und Forstwirten gelten 80 % des im Bemessungszeitraum (im Sinne des § 10 Abs. 3) erzielten Gewinns aus Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 EStG bzw. § 13a EStG (siehe Anhang).

(4) Arbeitslose mit Anspruch auf Arbeitslosengeld nach SGB III (ALG I)

Als Nettoeinkommen von Arbeitslosen gilt

- das für den Bemessungszeitraum (§10 Abs. 4) von der Bundesagentur für Arbeit bewilligte monatliche Arbeitslosengeld (täglicher Leistungssatz multipliziert mit 30)
- zuzüglich 15 % des Arbeitslosengelds als Sozialversicherungspauschale

Dies gilt sinngemäß auch, wenn der Bezug von ALG I wegen bestehender Arbeitsunfähigkeit nicht begonnen hat. Die Höhe des ALG I ist durch eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit nachzuweisen. Liegt eine solche Bescheinigung nicht vor, ermittelt die Generali die Höhe des Krankentagegelds aufgrund des zuletzt erzielten Einkommens der versicherten Person.

§ 10

Änderung des Krankentagegelds durch die Generali

(1) Herabsetzung des Krankentagegelds bei Abweichung vom Nettoeinkommen

Erlangt die Generali Kenntnis davon, dass das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person unter der Höhe des versicherten Krankentagegelds liegt, kann die Generali das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem erzielten Nettoeinkommen herabsetzen. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Der Feststellung des Nettoeinkommens wird ein Bemessungszeitraum gemäß den nachstehenden Absätzen zu Grunde gelegt. Die Generali erklärt die Herabsetzung innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Kenntniserlangung.

(2) Bemessungszeitraum für das Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern

Für die Bemessung des Nettoeinkommens eines Arbeitnehmers sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung der Generali der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, sind die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend.

Zeiten, in denen

- eine Arbeitsunfähigkeit,
- ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften,
- ein Grund für eine Anwartschaft nach § 33 Abs. 7,
- eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit nach § 33 Abs. 8 oder
- Kurzarbeit

bestand, bleiben bei der Berechnung außer Betracht und verlängern den Bemessungszeitraum entsprechend.

Findet innerhalb des Bemessungszeitraums eine Änderung des regelmäßigen Nettoeinkommens statt (z. B. Gehaltsanpassung oder Änderung der regelmäßigen Arbeitszeit), dann ist nur der Zeitraum ab dieser Änderung maßgebend. Hat das Arbeitsverhältnis erst innerhalb des Bemessungszeitraums begonnen, ist nur der Zeitraum seit seinem Beginn maßgebend.

(3) Bemessungszeitraum für das Nettoeinkommen bei selbstständig Tätigen

Für die Bemessung des Nettoeinkommens eines selbstständig Tätigen ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung der Generali der maßgebende Zeitraum.

Wird der Gewinn nach einem vom Kalenderjahr abweichenden Wirtschaftsjahr (§ 4a Abs. 1 S. 1 EStG, siehe Anhang) ermittelt, ist dieses maßgebend.

Ist bei Kenntniserlangung bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abzustellen.

Zeiten, in denen

- eine Arbeitsunfähigkeit,
- ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften,
- ein Grund für eine Anwartschaft nach § 33 Abs. 7,
- eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit nach § 33 Abs. 8

bestand, bleiben bei der Berechnung außer Betracht und verkürzen den Bemessungszeitraum entsprechend.

Betragen diese bei der Berechnung außer Betracht bleibenden Zeiten im letzten abgelaufenen Kalenderjahr insgesamt mehr als drei Monate, verlängert sich der Bemessungszeitraum um das vorletzte abgelaufene Kalenderjahr.

Hat die selbstständige Tätigkeit erst innerhalb des Bemessungszeitraums begonnen, ist nur der Zeitraum seit ihrem Beginn maßgebend.

(4) Bemessungszeitraum bei Arbeitslosen mit Anspruch auf ALG I

Für Arbeitslose mit Anspruch auf ALG I ist ausschließlich der Zeitraum ab Beginn des Anspruchs auf ALG I maßgebend. Dies gilt sinngemäß auch, wenn der Bezug von ALG I wegen bestehender Arbeitsunfähigkeit nicht begonnen hat oder wegen eines Beschäftigungsverbots aufgrund von Schutzvorschriften nicht begonnen hat oder unterbrochen wurde.

(5) Herabsetzungserklärung

Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden mit Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer wirksam. Bis zur Wirksamkeit der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(6) Erhöhung des Krankentagegelds im Rahmen einer Allgemeinen Leistungsanpassung

Die Generali wird das vereinbarte Krankentagegeld in regelmäßigen Abständen entsprechend der Veränderung der allgemeinen Bemessungsgrundlage der gesetzlichen Rentenversicherung anpassen (Allgemeine Leistungsanpassung). Die Einzelheiten zur Allgemeinen Leistungsanpassung sind im Tarif genannt.

§ 11

Änderung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer

(1) Heraufsetzung des Krankentagegelds

Erhöht sich das regelmäßige Nettoeinkommen (siehe §§ 9 und 10) der versicherten Person, kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld um denselben Prozentsatz heraufsetzen.

Für Zusatzversicherte mit Anspruch auf Krankengeld bei der deutschen GKV kann mit der Heraufsetzung auch die bis zur Erhöhung des Nettoeinkommens bestehende prozentuale Gesamtabdeckung (Summe aus Krankentagegeld der Generali und Krankengeld der GKV im Verhältnis zum Nettoeinkommen) wiederhergestellt werden.

(2) Herabsetzung des Krankentagegelds

Sinkt das regelmäßige Nettoeinkommen (§§ 9 und 10) der versicherten Person, kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld um denselben Prozentsatz herabsetzen.

(3) Verkürzung der Karenzzeit bei Arbeitnehmern

Bei einer Verkürzung der Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruchs für den Fall der Arbeitsunfähigkeit kann der Versicherungsnehmer einen Wechsel in einen Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit vornehmen, wenn für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht.

Dieses Recht besteht nicht, wenn die versicherte Person bei einer juristischen Person angestellt ist, an der sie wirtschaftlich beteiligt ist (z. B. als Gesellschafter).

(4) Verkürzung der Karenzzeit bei Statuswechsel

Wechselt eine selbstständig tätige Person in ein Arbeitsverhältnis, kann der Versicherungsnehmer den Wechsel in Tarife mit kürzerer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen, für die Versicherungsfähigkeit besteht, vornehmen.

Wechselt ein Arbeitnehmer in die Selbstständigkeit, kann der Versicherungsnehmer den Wechsel in Tarife mit kürzerer Karenzzeit, für die Versicherungsfähigkeit besteht, vornehmen.

Diese Rechte bestehen nicht, wenn die versicherte Person bei einer juristischen Person angestellt ist bzw. wird, an der sie (z. B. als Gesellschafter) wirtschaftlich beteiligt ist.

(5) Verkürzung der Karenzzeit bei Arbeitslosigkeit

Tritt Arbeitslosigkeit mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I ein, kann der Versicherungsnehmer einen Wechsel in Tarife mit einer Karenzzeit von 42 Tagen, für die Versicherungsfähigkeit besteht, vornehmen.

(6) Erklärungsfrist und Wirksamwerden

Die Änderung muss mit geeignetem Nachweis spätestens innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt des Eintritts des Änderungsgrunds, im Fall von Abs. 5 (Arbeitslosigkeit) innerhalb von drei Monaten, erklärt werden.

Die Änderung wird ohne erneute Risikoprüfung zum Zeitpunkt des Eintritts des Änderungsgrunds ohne Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle wirksam. Vereinbarte Risikoschläge werden entsprechend angepasst und Leistungsbeschränkungen entsprechend übernommen.

Die Generali verzichtet für die Änderung nach Absätzen 1 bis Abs. 5 auf das Kündigungsrecht nach § 32 Abs. 1.

§ 12

Anderweitige Leistungen zum Ersatz des Verdienstaufschlags

(1) Abzug anderweitiger Leistungen vom Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit

Besteht neben dem Anspruch auf Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit auch Anspruch auf anderweitige Leistungen zum Ersatz des Verdienstaufschlags wegen Arbeitsunfähigkeit, insbesondere gegen

- einen Sozialversicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, andere gesetzliche Rehabilitationsträger),
- einen anderen Versicherer,

ist die Generali berechtigt, diese anderweitigen Leistungen von den Krankentagegeldzahlungen in Abzug zu bringen. Entsprechendes gilt für fortgezahltes vermindertes Arbeitsentgelt (z. B. bei Wiedereingliederung) oder eine Entgeltsersatzleistung durch den Arbeitgeber.

Der Abzug darf nur erfolgen, soweit die Summe aus Krankentagegeld und den anderweitigen Leistungen das Nettoeinkommen (§ 9) übersteigt.

Die anderweitigen Leistungen sind der Generali unverzüglich durch Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen nachzuweisen.

(2) Abzug anderweitiger Leistungen vom Mutterschaftstagegeld

Soweit der versicherten Person für den Zeitraum des Bezugs von Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem SGB V oder nach dem Mutterschutzgesetz, ein Anspruch auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder ein Anspruch auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht, wird dieser vom vereinbarten Krankentagegeld abgezogen. Derartige Leistungen sind der Generali durch Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen nachzuweisen.

§ 13

Leistungsvoraussetzungen

(1) Ärztliche Behandlung

Die Zahlung von Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ärztlich behandelt wird. Dabei hat die versicherte Person freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten sowie approbierten Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder Krankenhäusern, die den Anforderungen des nachfolgenden Satzes entsprechen. Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(2) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

Die Zahlung von Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit setzt voraus, dass der Generali durch den behandelnden Arzt ausgestellte Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Für den Zeitraum ab Leistungsbeginn müssen diese Bescheinigungen 14-tägig ausgestellt sein, auf in Textform zu erklärendes Verlangen der Generali wöchentlich. Leistungsbeginn ist der erste Tag nach Ablauf der Karenzzeit. Rechnet die Generali bei erneuter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bereits abgeleistete Karenzzeiten an, liegt der Leistungsbeginn entsprechend früher.

Die Bescheinigungen müssen die Krankheitsbezeichnung enthalten und auf Verlangen der Generali im Original vorgelegt werden. Von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kindern ausgestellte Bescheinigungen reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Etwaige Kosten der Bescheinigung hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(3) Nachweis von Beginn und Ende der Mutterschutzfristen

Beginn der Mutterschutzfrist, tatsächlicher Geburtstermin und Ende der Mutterschutzfrist sind der Generali durch Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kindern ausgestellte Bescheinigungen reichen zum Nachweis nicht aus. Etwaige Kosten der Bescheinigung hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(4) Weitere Nachweise

Die Generali kann weitere Nachweise anfordern (z. B. medizinische Berichte, Selbstauskunft der versicherten Person, Reisedaten), sofern diese zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlich sind.

(5) Fälligkeit der Leistung

Die Generali ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn alle erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der Generali.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der Generali aus § 14 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG, siehe Anhang).

§ 14

Leistungsausschlüsse

(1) Allgemeines

Es gelten gegebenenfalls im Tarif geregelte Leistungsausschlüsse.

(2) Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht darüber hinaus bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen Krankheiten und Unfällen einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für das Reiseggebiet ausgesprochen hat.
- b) wegen vorsätzlich selbst herbeigeführter Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- c) wegen einer vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich begangenen Straftat
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder Fehlgeburt
- e) für Zeiten, in denen die berufliche Tätigkeit wegen eines gesetzlichen Beschäftigungs- oder Tätigkeitsverbots nicht ausgeübt werden darf
- f) für Zeiten, in denen trotz eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses keine Arbeitsleistung zu erbringen ist (z. B. Eltern- oder Pflegezeit). Dies gilt nicht, soweit die versicherte Person ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit (z. B. Teilzeittätigkeit in der Elternzeit) erzielt.
- g) die durch Ärzte oder Zahnärzte attestiert wurde, die die Generali aus wichtigem Grund von der Leistung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, leistet die Generali ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung längstens für drei Monate.
- h) bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht

- für ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB). Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akut stationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Ist aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll, gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.
 - für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bewilligt wurden.
 - soweit die Generali die Leistung vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Die Generali wird die Zusage erteilen, wenn unmittelbar vor der Maßnahme vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht und die Maßnahme geeignet ist, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen. Eine Zusage für Entwöhnungsmaßnahmen erfolgt ausschließlich nach Buchstabe i).
-

-
- i) bei ambulanten und stationären Entwöhnungsmaßnahmen

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, soweit die Generali die Leistung vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Für eine Entwöhnungsmaßnahme wegen einer substanzgebundenen Sucht – außer Nikotinsucht – wird die Generali die Zusage in Höhe von 75 % des versicherten Krankentagegelds bis zu einer Dauer von sechs Monaten unter folgenden Voraussetzungen erteilen:

- Unmittelbar vor der Maßnahme besteht vollständige Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahme ist geeignet, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person wiederherzustellen.
- Innerhalb der letzten zehn Kalenderjahre sind zuvor höchstens zwei weitere Entwöhnungsmaßnahmen durchgeführt worden, für die die Generali Krankentagegeld gezahlt hat.

(3) Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 15

Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Leistungsempfänger

Das Krankentagegeld wird an den Versicherungsnehmer ausgezahlt.

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers wird das Krankentagegeld an die versicherte Person ausgezahlt. Die Erklärung des Versicherungsnehmers bedarf der Textform.

(2) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto. Kosten für eine vom Versicherungsnehmer gewünschte Überweisung auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raums sowie für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 16

Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 17

Auskunftsrechte

Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die sie bei der Prüfung ihrer Leistungspflicht über die versicherte Person betreffende medizinische Fragen eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 18

Überschussbeteiligung / Beitragsrückerstattung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Die Generali ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstands heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Beiträge

§ 19

Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) SEPA-Lastschriftmandat

Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch die Generali, kann die Generali die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen ist die Generali bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird, sind die Beiträge auf das von der Generali angegebene Konto zu zahlen.

§ 20

Berechnung der Beiträge

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Generali festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Tarif, der Karenzzeit, der Höhe des Krankentagegelds, der Art der beruflichen Tätigkeit und dem bei Versicherungsbeginn erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen der Generali wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann die Generali auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Risikozuschläge / Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann die Generali für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb der Generali zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(5) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 21

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt der Generali

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist die Generali, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Tritt die Generali zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann sie eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Leistungsfreiheit der Generali

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist die Generali nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Die Generali ist nur leistungsfrei, wenn sie den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 22

Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann die Generali auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die gemäß § 38 Absätze 2 und 3 VVG (siehe Anhang) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist die Generali nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann die Generali das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 23

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch die von der Generali erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht der Generali der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 24

Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Generali z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die Generali zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 3 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der Generali überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Gleiches gilt, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 25

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann die Generali sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 26

Tarifwechsel

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Generali ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die Generali bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen, es sei denn, es handelt sich um eine Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang).

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 27

Allgemeines

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in § 28 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.

§ 28

Obliegenheiten

(1) Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der Generali spätestens am Tag des Leistungsbeginns anzuzeigen.

Leistungsbeginn ist der erste Tag nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit. Rechnet die Generali bei erneuter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bereits abgeleistete Karenzzeiten an, liegt der Leistungsbeginn entsprechend früher.

(2) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist der Generali durch ärztliche Bescheinigung (§ 13 Abs. 2) regelmäßig nachzuweisen:

- die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der tariflichen Karenzzeit spätestens eine Woche nach Ablauf der Karenzzeit
- die weitere Arbeitsunfähigkeit im 14-Tages-Rhythmus nachträglich, auf in Textform erklärtes Verlangen der Generali wöchentlich nachträglich.

(3) Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen der Generali jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht der Generali erforderlich ist.

(4) Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen der Generali ist die versicherte Person im Versicherungsfall verpflichtet, sich durch einen von der Generali beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die entstehenden Kosten trägt die Generali.

(5) Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.

(6) Anzeige eines Berufswechsels

Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.

(7) Weitere Krankentagegeldversicherungen

Abschluss und Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer dürfen nur mit Einwilligung der Generali vorgenommen werden. Die Generali wird die Einwilligung erteilen, soweit die Voraussetzungen für eine Heraufsetzung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer nach § 11 Abs. 1 erfüllt sind.

(8) Anzeige zu Nettoeinkommen und Krankentagegeldhöhe

Überschreitet das versicherte Krankentagegeld das durch die berufliche Tätigkeit erzielte Nettoeinkommen, ist dies der Generali unverzüglich mitzuteilen. Dies kann z. B. bei einer Minderung des Nettoeinkommens oder bei Überschreitung des Nettoeinkommens nach einer im Tarif vereinbarten Allgemeinen Leistungsanpassung der Fall sein.

(9) Anzeige eines Rentenbezugs

Der Bezug einer Alters-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder vollen Erwerbsminderungsrente ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.

(10) Anzeige des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.

(11) Änderung der Anschrift oder des Namens

Änderungen der Anschrift (Wohnsitz, Geschäftsadresse oder Arbeitgebersanschrift) oder des Namens sind der Generali unverzüglich anzuzeigen.

(12) Ersatzansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen einen Dritten, der die Arbeitsunfähigkeit verursacht hat, besteht die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der für diese Arbeitsunfähigkeit erbrachten Versicherungsleistung an die Generali abzutreten.

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die Generali soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 29

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Leistungsfreiheit der Generali

Bei Verletzung einer in § 28 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheit wird die Generali mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Rückzahlung von Versicherungsleistungen und Beiträgen

Erlangt die Generali bei Verletzung der in § 28 Abs. 9 genannten Obliegenheit von dem Eintritt des Beendigungsgrunds erst später Kenntnis, sind die vor Kenntniserlangung für die Zeit nach Eintritt des Beendigungsgrunds gezahlten Versicherungsleistungen und Beiträge gegenseitig zurückzugewähren.

(3) Zugangsfiktion

Bei Verletzung der in § 28 Abs. 11 genannten Obliegenheit gelten Erklärungen, die die Generali per Einschreiben an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

(4) Leistungsfreiheit bei Ersatzansprüchen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach § 28 Abs. 12 wird die Generali mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 30

Vertragsdauer und Versicherungsjahr

(1) Vertragsdauer

Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr.

(2) Berechnung des Versicherungsjahrs

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

§ 31

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Es ist auch eine Teilkündigung möglich, mit der das versicherte Krankentagegeld reduziert wird.

(2) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem die Generali ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht der Generali bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Kündigt der Versicherungsnehmer wegen Eintritts der Versicherungspflicht, kann er innerhalb der vorgenannten Kündigungsfristen außerdem die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Krankentagegeldversicherung für Mitglieder der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Die Fortführung erfolgt ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, soweit sich der versicherte Leistungsumfang (z. B. Dauer der Karenzzeit, Höhe des Krankentagegelds) nicht erhöht.

(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung

Erhöht die Generali die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung nach § 24 Abs. 1, vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 25 Abs. 1 oder macht sie von ihrem Recht auf Herabsetzung gemäß § 10 Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Erklärt die Generali eine Anfechtung oder einen Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist, im Fall der Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) Fortführung des Versicherungsverhältnisses durch versicherte Personen

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

§ 32

Kündigung durch die Generali

(1) Ordentliche Kündigung

Die Generali kann das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre kündigen.

Dieses Kündigungsrecht gilt auch für eine nachträgliche Erhöhung des Krankentagegelds oder eine spätere Reduzierung der Karenzzeit jeweils in den drei Versicherungsjahren ab Wirksamwerden der Änderung.

Das Kündigungsrecht gilt nicht für

- Heraufsetzungen des Krankentagegelds gemäß § 11 Abs. 1
- von der Generali vorgenommene tariflich geregelte Leistungsanpassungen
- Reduzierungen der Karenzzeit gemäß § 11 Absätze 3, 4 und 5

(2) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei gleichzeitigem Beginn einer Krankheitskostenvollversicherung

Die Generali verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn gleichzeitig mit der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali beginnt.

(3) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Übertritt

Im Umfang des bis zum Zeitpunkt des Übertritts bestehenden Versicherungsschutzes verzichtet die Generali auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn eine Krankentagegeldversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird und sich nahtlos eine Krankentagegeldversicherung bei der Generali anschließt. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali besteht.

(4) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(5) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 33

Weitere Beendigungsgründe und Fortsetzungsrechte

(1) Beendigung der Erwerbstätigkeit / Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Zeitpunkt, zu dem diese ihre Erwerbstätigkeit beendet. Hierunter fällt auch der Eintritt in die passive Phase einer Altersteilzeit sowie in einen Vorruhestand.

Das Versicherungsverhältnis endet außerdem mit dem Zeitpunkt, zu dem eine im Tarif bestimmte Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit wegfällt. Die Versicherungsfähigkeit fällt nicht allein deshalb weg, weil die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (ALG I) hat.

(2) Eintritt von Berufsunfähigkeit

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit Eintritt von Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.

(3) Bezug einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder vollen Erwerbsminderungsrente

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Beginn des Zeitraums, für den die versicherte Person eine Rente wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder wegen voller Erwerbsminderung bezieht.

Der Zahlung einer Rente stehen eine Kapitalzahlung oder eine sonstige Geldleistung gleich, die von einem privaten Versicherungsunternehmen oder einem Rentenversicherer wegen Eintritts von Berufsunfähigkeit oder anstelle einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder vollen Erwerbsminderungsrente geleistet werden.

(4) Verlängerung der Versicherung bei laufender Arbeitsunfähigkeit

Besteht zum Zeitpunkt der Beendigung nach den Absätzen 1 bis 3 in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, verlängert sich das Versicherungsverhältnis um den Zeitraum, für den die Generali ihre im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, längstens aber um drei Monate.

(5) Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II.

(6) Versicherungsschutz nach dem Basistarif

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungsschutz nach dem Basistarif nach § 152 VAG (siehe Anhang) besteht.

(7) Fortführung der Versicherung als Anwartschaftsversicherung

Endet das Versicherungsverhältnis aufgrund eines nach Absatz 1, 2, 3, 5 oder 6 genannten Grunds, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis als Anwartschaftsversicherung fortführen. Die Fortführung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrunds beantragt werden. Wird der Beendigungsgrund dem Versicherungsnehmer erst später bekannt, verlängert sich diese Frist entsprechend.

(8) Unterbrechung der Erwerbstätigkeit

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit in folgenden Fällen als Anwartschaftsversicherung fortführen:

- a) Mutterschutzfristen
- b) Elternzeit nach Elternzeitgesetz
- c) Pflegezeit nach Pflegezeitgesetz
- d) Bezug von ALG I
- e) berufliche Auszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer („Sabbatical“)
- f) vorübergehend reduzierte Arbeitszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer
- g) vorübergehender Auslandsaufenthalt von mindestens sechsmonatiger Dauer

Die Anwartschaftsversicherung muss vor Beginn der Unterbrechung beantragt werden. Bei der Beantragung ist – außer im Fall d) – das Ende des Unterbrechungszeitraums anzugeben.

Im Fall d) muss die Fortführung innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Bezugs von ALG I beantragt werden.

Für die Beantragung einer Verlängerung der Unterbrechung gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(9) Bezug von Altersrente

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Beginn des Zeitraums, für den die versicherte Person Altersrente von der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk bezieht.

Wird neben der Altersrente von der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk weiterhin ein Einkommen aus beruflicher Tätigkeit erzielt, kann die Krankentagegeldversicherung bis zu der in Abs. 10 Satz 1 genannten Altersgrenze fortgeführt werden, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht.

Die Fortführung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrunds beantragt werden. Die Fortführung setzt den Nachweis der Rentenzahlung sowie des neben der Rente noch erzielten Einkommens aus beruflicher Tätigkeit durch Vorlage geeigneter Unterlagen innerhalb der genannten Frist voraus.

Das versicherbare Krankentagegeld ist der Höhe nach auf das neben der Rente erzielte Nettoeinkommen begrenzt und darf das zuletzt versicherte Krankentagegeld nicht übersteigen.

Ein Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (siehe Anhang) kann nicht abgesichert werden.

Hat die versicherte Person die in Abs. 10 Satz 1 genannte Altersgrenze erreicht, führt auch der Bezug von Altersrente von einem privatrechtlichen Träger zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Eine Fortführung der Krankentagegeldversicherung ist dann nicht möglich.

(10) Altersgrenze

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Monat, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Die versicherte Person kann in diesem Fall nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung verlangen.

Dabei tritt an die Stelle

- des in § 196 VVG genannten 65. Lebensjahres das 67. Lebensjahr
- des in § 196 VVG genannten 66. Lebensjahres das 68. Lebensjahr
- des in § 196 VVG genannten 70. Lebensjahres das 72. Lebensjahr.

Das Recht auf Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung nach Satz 2 besteht nicht, wenn ein anderweitiger Grund für die Beendigung der Krankentagegeldversicherung vorliegt.

Erhöht der Gesetzgeber das Regelrenteneintrittsalter, passt die Generali die Altersgrenzen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend an. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

(11) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass die Generali höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die sie bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als den in Satz 1 genannten endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

(12) Trennung / Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(13) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod der versicherten Person.

Bei Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Dieser hat die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses innerhalb von zwei Monaten zu erklären.

Weitere Regelungen

§ 34 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen der Generali ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 35 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 36 Gerichtsstand	(1) Klagen des Versicherungsnehmers Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die Generali können bei dem Gericht am Sitz der Generali oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden. (2) Klagen der Generali Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen der Generali – das Gericht des Orts ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. (3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes der Generali erhoben werden.
§ 37 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der Generali bedürfen der Textform.
§ 38 Verjährung	(1) Verjährungsfrist Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. (2) Hemmung der Verjährung Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei der Generali angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der Generali dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Auszug Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 2 Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

[...]

(2) Einkünfte sind

1. bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k und 13a),

[...]

§ 4a Gewinnermittlungszeitraum, Wirtschaftsjahr

(1) Bei Land- und Forstwirten und bei Gewerbetreibenden ist der Gewinn nach dem Wirtschaftsjahr zu ermitteln. Wirtschaftsjahr ist

1. bei Land- und Forstwirten der Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni. Durch Rechtsverordnung kann für einzelne Gruppen von Land- und Forstwirten ein anderer Zeitraum bestimmt werden, wenn das aus wirtschaftlichen Gründen erforderlich ist;
2. bei Gewerbetreibenden, deren Firma im Handelsregister eingetragen ist, der Zeitraum, für den sie regelmäßig Abschlüsse machen. Die Umstellung des Wirtschaftsjahres auf einen vom Kalenderjahr abweichenden Zeitraum ist steuerlich nur wirksam, wenn sie im Einvernehmen mit dem Finanzamt vorgenommen wird;
3. bei anderen Gewerbetreibenden das Kalenderjahr. Sind sie gleichzeitig buchführende Land- und Forstwirte, so können sie mit Zustimmung des Finanzamts den nach Nummer 1 maßgebenden Zeitraum als Wirtschaftsjahr für den Gewerbebetrieb bestimmen, wenn sie für den Gewerbebetrieb Bücher führen und für diesen Zeitraum regelmäßig Abschlüsse machen.

§ 13 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft

(1) Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sind

1. Einkünfte aus dem Betrieb von Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Weinbau, Gartenbau und aus allen Betrieben, die Pflanzen und Pflanzenteile mit Hilfe der Naturkräfte gewinnen. Zu diesen Einkünften gehören auch die Einkünfte aus der Tierzucht und Tierhaltung, wenn im Wirtschaftsjahr

für die ersten 20 Hektar nicht mehr als 10 Vieheinheiten,

für die nächsten 10 Hektar nicht mehr als 7 Vieheinheiten,

für die nächsten 20 Hektar nicht mehr als 6 Vieheinheiten,

für die nächsten 50 Hektar nicht mehr als 3 Vieheinheiten

und für die weitere Fläche nicht mehr als 1,5 Vieheinheiten

je Hektar der vom Inhaber des Betriebs regelmäßig landwirtschaftlich genutzten Fläche erzeugt oder gehalten werden. Die Tierbestände sind nach dem Futterbedarf in Vieheinheiten umzurechnen. § 51 Absatz 2 bis 5 des Bewertungsgesetzes ist anzuwenden. Die Einkünfte aus Tierzucht und Tierhaltung einer Gesellschaft, bei der die Gesellschafter als Unternehmer (Mitunternehmer) anzusehen sind, gehören zu den Einkünften im Sinne des Satzes 1, wenn die Voraussetzungen des § 51a des Bewertungsgesetzes erfüllt sind und andere Einkünfte der Gesellschafter aus dieser Gesellschaft zu den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft gehören;

2. Einkünfte aus sonstiger land- und forstwirtschaftlicher Nutzung (§ 62 Bewertungsgesetz);

3. Einkünfte aus Jagd, wenn diese mit dem Betrieb einer Landwirtschaft oder einer Forstwirtschaft im Zusammenhang steht;

4. Einkünfte von Hauberg-, Wald-, Forst- und Laubgenossenschaften und ähnlichen Realgemeinden im Sinne des § 3 Absatz 2 des Körperschaftsteuergesetzes.

(2) Zu den Einkünften im Sinne des Absatzes 1 gehören auch

1. Einkünfte aus einem land- und forstwirtschaftlichen Nebenbetrieb. Als Nebenbetrieb gilt ein Betrieb, der dem land- und forstwirtschaftlichen Hauptbetrieb zu dienen bestimmt ist;

2. der Nutzungswert der Wohnung des Steuerpflichtigen, wenn die Wohnung die bei Betrieben gleicher Art übliche Größe nicht überschreitet und das Gebäude oder der Gebäudeteil nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften ein Baudenkmal ist;

3. die Produktionsaufgaberente nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit.

(3) Die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft werden bei der Ermittlung des Gesamtbetrags der Einkünfte nur berücksichtigt, soweit sie den Betrag von 900 Euro übersteigen. Satz 1 ist nur anzuwenden, wenn die Summe der Einkünfte 30700 Euro nicht übersteigt. Im Fall der Zusammenveranlagung von Ehegatten verdoppeln sich die Beträge der Sätze 1 und 2.

(4) Absatz 2 Nummer 2 findet nur Anwendung, sofern im Veranlagungszeitraum 1986 bei einem Steuerpflichtigen für die von ihm zu eigenen Wohnzwecken oder zu Wohnzwecken des Altenteilers genutzte Wohnung die Voraussetzungen für die Anwendung des § 13 Absatz 2 Nummer 2 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1997 (BGBl. I S. 821) vorlagen. Der Steuerpflichtige kann für einen Veranlagungszeitraum nach dem Veranlagungszeitraum 1998 unwiderruflich beantragen, dass Absatz 2 Nummer 2 ab diesem Veranlagungszeitraum nicht mehr angewendet wird. § 52 Absatz 21 Satz 4 und 6 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1997 (BGBl. I S. 821) ist entsprechend anzuwenden. Im Fall des Satzes 2 gelten die Wohnung des Steuerpflichtigen und die Altenteilerwohnung sowie der dazugehörige Grund und Boden zu dem Zeitpunkt als entnommen, bis zu dem Absatz 2 Nummer 2 letztmals angewendet wird. Der Entnahmegewinn bleibt außer Ansatz. Werden

1. die Wohnung und der dazugehörige Grund und Boden entnommen oder veräußert, bevor sie nach Satz 4 als entnommen gelten, oder

2. eine vor dem 1. Januar 1987 einem Dritten entgeltlich zur Nutzung überlassene Wohnung und der dazugehörige Grund und Boden für eigene Wohnzwecke oder für Wohnzwecke eines Altenteilers entnommen,

bleibt der Entnahme- oder Veräußerungsgewinn ebenfalls außer Ansatz; Nummer 2 ist nur anzuwenden, soweit nicht Wohnungen vorhanden sind, die Wohnzwecken des Eigentümers des Betriebs oder Wohnzwecken eines Altenteilers dienen und die unter Satz 4 oder unter Nummer 1 fallen.

(5) Wird Grund und Boden dadurch entnommen, dass auf diesem Grund und Boden die Wohnung des Steuerpflichtigen oder eine Altenteilerwohnung errichtet wird, bleibt der Entnahmegewinn außer Ansatz; der Steuerpflichtige kann die Regelung nur für eine zu eigenen Wohnzwecken genutzte Wohnung und für eine Altenteilerwohnung in Anspruch nehmen.

(6) Werden einzelne Wirtschaftsgüter eines land- und forstwirtschaftlichen Betriebs auf einen der gemeinschaftlichen Tierhaltung dienenden Betrieb im Sinne des § 34 Absatz 6a des Bewertungsgesetzes einer Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaft oder eines Vereins gegen Gewährung von Mitgliedsrechten übertragen, so ist die auf den dabei entstehenden Gewinn entfallende Einkommenssteuer auf Antrag in jährlichen Teilbeträgen zu entrichten. Der einzelne Teilbetrag muss mindestens ein Fünftel dieser Steuer betragen.

(7) § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Absatz 1a, Absatz 2 Satz 2 und 3, §§ 15a und 15b sind entsprechend anzuwenden.

§ 13a Ermittlung des Gewinns aus Land- und Forstwirtschaft nach Durchschnittssätzen

(1) Der Gewinn eines Betriebs der Land- und Forstwirtschaft ist nach den Absätzen 3 bis 7 zu ermitteln, wenn

1. der Steuerpflichtige nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist, für den Betrieb Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen und

2. in diesem Betrieb am 15. Mai innerhalb des Wirtschaftsjahres Flächen der landwirtschaftlichen Nutzung (§ 160 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Bewertungsgesetzes) selbst bewirtschaftet werden und diese Flächen 20 Hektar ohne Sondernutzungen nicht überschreiten und

3. die Tierbestände insgesamt 50 Vieheinheiten (§ 13 Absatz 1 Nummer 1) nicht übersteigen und

4. die selbst bewirtschafteten Flächen der forstwirtschaftlichen Nutzung (§ 160 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bewertungsgesetzes) 50 Hektar nicht überschreiten und

5. die selbst bewirtschafteten Flächen der Sondernutzungen (Absatz 6) die in Anlage 1a Nummer 2 Spalte 2 genannten Grenzen nicht überschreiten.

Satz 1 ist auch anzuwenden, wenn nur Sondernutzungen bewirtschaftet werden und die in Anlage 1a Nummer 2 Spalte 2 genannten Grenzen nicht überschritten werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn der Betrieb im laufenden Wirtschaftsjahr im Ganzen zur Bewirtschaftung als Eigentümer, Miteigentümer, Nutzungsberechtigter oder durch Umwandlung übergegangen ist und der Gewinn bisher nach § 4 Absatz 1 oder 3 ermittelt wurde. Der Gewinn ist letztmalig für das Wirtschaftsjahr nach Durchschnittssätzen zu ermitteln, das nach Bekanntgabe der Mitteilung endet, durch die die Finanzbehörde auf den Beginn der Buchführungspflicht (§ 141 Absatz 2 der Abgabenordnung) oder auf den Wegfall einer anderen Voraussetzung des Satzes 1 hingewiesen hat. Der Gewinn ist erneut nach Durchschnittssätzen zu ermitteln, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 wieder vorliegen und ein Antrag nach Absatz 2 nicht gestellt wird.

(2) Auf Antrag des Steuerpflichtigen ist für einen Betrieb im Sinne des Absatzes 1 der Gewinn für vier aufeinander folgende Wirtschaftsjahre nicht nach den Absätzen 3 bis 7 zu ermitteln. Wird der Gewinn eines dieser Wirtschaftsjahre durch den Steuerpflichtigen nicht nach § 4 Absatz 1 oder 3 ermittelt, ist der Gewinn für den gesamten Zeitraum von vier Wirtschaftsjahren nach den Absätzen 3 bis 7 zu ermitteln. Der Antrag ist bis zur Abgabe der Steuererklärung, jedoch spätestens zwölf Monate nach Ablauf des ersten Wirtschaftsjahres, auf das er sich bezieht, schriftlich zu stellen. Er kann innerhalb dieser Frist zurückgenommen werden.

(3) Durchschnittssatzgewinn ist die Summe aus

1. dem Gewinn der landwirtschaftlichen Nutzung,
2. dem Gewinn der forstwirtschaftlichen Nutzung,
3. dem Gewinn der Sondernutzungen,
4. den Sondergewinnen,

5. den Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung von Wirtschaftsgütern des land- und forstwirtschaftlichen Betriebsvermögens,

6. den Einnahmen aus Kapitalvermögen, soweit sie zu den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft gehören (§ 20 Absatz 8).

Die Vorschriften von § 4 Absatz 4a, § 6 Absatz 2 und 2a sowie zum Investitionsabzugsbetrag und zu Sonderabschreibungen finden keine Anwendung.

Bei abnutzbaren Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens gilt die Absetzung für Abnutzung in gleichen Jahresbeträgen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 bis 5 als in Anspruch genommen. Die Gewinnermittlung ist nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch Datenfernübertragung spätestens mit der Steuererklärung zu übermitteln. Auf Antrag kann die Finanzbehörde zur Vermeidung unbilliger Härten auf eine elektronische Übermittlung verzichten; in diesem Fall ist der Steuererklärung eine Gewinnermittlung nach amtlich vorgeschriebenem Vordruck beizufügen. § 150 Absatz 8 der Abgabenordnung gilt entsprechend.

(4) Der Gewinn aus der landwirtschaftlichen Nutzung ist die nach den Grundsätzen des § 4 Absatz 1 ermittelte Summe aus dem Grundbetrag für die selbst bewirtschafteten Flächen und den Zuschlägen für Tierzucht und Tierhaltung. Als Grundbetrag je Hektar der landwirtschaftlichen Nutzung (§ 160 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Bewertungsgesetzes) ist der sich aus Anlage 1a ergebende Betrag vervielfältigt mit der selbst bewirtschafteten Fläche anzusetzen. Als Zuschlag für Tierzucht und Tierhaltung ist im Wirtschaftsjahr je Vieheinheit der sich aus Anlage 1a jeweils ergebende Betrag vervielfältigt mit den Vieheinheiten anzusetzen.

(5) Der Gewinn aus der forstwirtschaftlichen Nutzung (§ 160 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bewertungsgesetzes) ist nach § 51 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung zu ermitteln.

(6) Als Sondernutzungen gelten die in § 160 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c bis e des Bewertungsgesetzes in Verbindung mit Anlage 1a Nummer 2 genannten Nutzungen. Bei Sondernutzungen, die die in Anlage 1a Nummer 2 Spalte 3 genannten Grenzen überschreiten, ist ein Gewinn von 1 000 Euro je Sondernutzung anzusetzen. Für die in Anlage 1a Nummer 2 nicht genannten Sondernutzungen ist der Gewinn nach § 4 Absatz 3 zu ermitteln.

(7) Nach § 4 Absatz 3 zu ermittelnde Sondergewinne sind

1. Gewinne

a) aus der Veräußerung oder Entnahme von Grund und Boden und dem dazugehörigen Aufwuchs, den Gebäuden, den immateriellen Wirtschaftsgütern und den Beteiligungen; § 55 ist anzuwenden;

b) aus der Veräußerung oder Entnahme der übrigen Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und von Tieren, wenn der Veräußerungspreis oder der an dessen Stelle tretende Wert für das jeweilige Wirtschaftsgut mehr als 15000 Euro betragen hat;

c) aus Entschädigungen, die gewährt worden sind für den Verlust, den Untergang oder die Wertminderung der in den Buchstaben a und b genannten Wirtschaftsgüter;

d) aus der Auflösung von Rücklagen;

2. Betriebseinnahmen oder Betriebsausgaben nach § 9b Absatz 2;

3. Einnahmen aus dem Grunde nach gewerblichen Tätigkeiten, die dem Bereich der Land- und Forstwirtschaft zugerechnet werden, abzüglich der pauschalen Betriebsausgaben nach Anlage 1a Nummer 3;

4. Rückvergütungen nach § 22 des Körperschaftsteuergesetzes aus Hilfs- und Nebengeschäften.

Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten bei Wirtschaftsgütern des abnutzbaren Anlagevermögens mindern sich für die Dauer der Durchschnittssatzgewinnermittlung mit dem Ansatz der Gewinne nach den Absätzen 4 bis 6 um die Absetzung für Abnutzung in

gleichen Jahresbeträgen. Die Wirtschaftsgüter im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 Buchstabe a sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(8) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Anlage 1a dadurch zu ändern, dass es die darin aufgeführten Werte turnusmäßig an die Ergebnisse der Erhebungen nach § 2 des Landwirtschaftsgesetzes und im Übrigen an Erhebungen der Finanzverwaltung anpassen kann.

§ 15 Einkünfte aus Gewerbebetrieb

(1) Einkünfte aus Gewerbebetrieb sind

1. Einkünfte aus gewerblichen Unternehmen. Dazu gehören auch Einkünfte aus gewerblicher Bodenbewirtschaftung, z. B. aus Bergbauunternehmen und aus Betrieben zur Gewinnung von Torf, Steinen und Erden, soweit sie nicht land- oder forstwirtschaftliche Nebenbetriebe sind;

2. die Gewinnanteile der Gesellschafter einer Offenen Handelsgesellschaft, einer Kommanditgesellschaft und einer anderen Gesellschaft, bei der der Gesellschafter als Unternehmer (Mitunternehmer) des Betriebs anzusehen ist, und die Vergütungen, die der Gesellschafter von der Gesellschaft für seine Tätigkeit im Dienst der Gesellschaft oder für die Hingabe von Darlehen oder für die Überlassung von Wirtschaftsgütern bezogen hat. Der mittelbar über eine oder mehrere Personengesellschaften beteiligte Gesellschafter steht dem unmittelbar beteiligten Gesellschafter gleich; er ist als Mitunternehmer des Betriebs der Gesellschaft anzusehen, an der er mittelbar beteiligt ist, wenn er und die Personengesellschaften, die seine Beteiligung vermitteln, jeweils als Mitunternehmer der Betriebe der Personengesellschaften anzusehen sind, an denen sie unmittelbar beteiligt sind;

3. die Gewinnanteile der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft auf Aktien, soweit sie nicht auf Anteile am Grundkapital entfallen, und die Vergütungen, die der persönlich haftende Gesellschafter von der Gesellschaft für seine Tätigkeit im Dienst der Gesellschaft oder für die Hingabe von Darlehen oder für die Überlassung von Wirtschaftsgütern bezogen hat.

Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt auch für Vergütungen, die als nachträgliche Einkünfte (§ 24 Nummer 2) bezogen werden. § 13 Absatz 5 gilt entsprechend, sofern das Grundstück im Veranlagungszeitraum 1986 zu einem gewerblichen Betriebsvermögen gehört hat.

(1a) In den Fällen des § 4 Absatz 1 Satz 5 ist der Gewinn aus einer späteren Veräußerung der Anteile ungeachtet der Bestimmungen eines Abkommens zur Vermeidung der Doppelbesteuerung in der gleichen Art und Weise zu besteuern, wie die Veräußerung dieser Anteile an der Europäischen Gesellschaft oder Europäischen Genossenschaft zu besteuern gewesen wäre, wenn keine Sitzverlegung stattgefunden hätte. Dies gilt auch, wenn später die Anteile verdeckt in eine Kapitalgesellschaft eingelegt werden, die Europäische Gesellschaft oder Europäische Genossenschaft aufgelöst wird oder wenn ihr Kapital herabgesetzt und zurückgezahlt wird oder wenn Beträge aus dem steuerlichen Einlagenkonto im Sinne des § 27 des Körperschaftsteuergesetzes ausgeschüttet oder zurückgezahlt werden.

(2) Eine selbständige nachhaltige Betätigung, die mit der Absicht, Gewinn zu erzielen, unternommen wird und sich als Beteiligung am allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr darstellt, ist Gewerbebetrieb, wenn die Betätigung weder als Ausübung von Land- und Forstwirtschaft noch als Ausübung eines freien Berufs noch als eine andere selbständige Arbeit anzusehen ist. Eine durch die Betätigung verursachte Minderung der Steuern vom Einkommen ist kein Gewinn im Sinne des Satzes 1. Ein Gewerbebetrieb liegt, wenn seine Voraussetzungen im Übrigen gegeben sind, auch dann vor, wenn die Gewinnerzielungsabsicht nur ein Nebenzweck ist.

(3) Als Gewerbebetrieb gilt in vollem Umfang die mit Einkünfteerzielungsabsicht unternommene Tätigkeit

1. einer offenen Handelsgesellschaft, einer Kommanditgesellschaft oder einer anderen Personengesellschaft, wenn die Gesellschaft auch eine Tätigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 ausübt oder gewerbliche Einkünfte im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 bezieht. Dies gilt unabhängig davon, ob aus der Tätigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 ein Gewinn oder Verlust erzielt wird oder ob die gewerblichen Einkünfte im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 positiv oder negativ sind;

2. einer Personengesellschaft, die keine Tätigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 ausübt und bei der ausschließlich eine oder mehrere Kapitalgesellschaften persönlich haftende Gesellschafter sind und nur diese oder Personen, die nicht Gesellschafter sind, zur Geschäftsführung befugt sind (gewerblich geprägte Personengesellschaft). Ist eine gewerblich geprägte Personengesellschaft als persönlich haftender Gesellschafter an einer anderen Personengesellschaft beteiligt, so steht für die Beurteilung, ob die Tätigkeit dieser Personengesellschaft als Gewerbebetrieb gilt, die gewerblich geprägte Personengesellschaft einer Kapitalgesellschaft gleich.

(4) Verluste aus gewerblicher Tierzucht oder gewerblicher Tierhaltung dürfen weder mit anderen Einkünften aus Gewerbebetrieb noch mit Einkünften aus anderen Einkunftsarten ausgeglichen werden; sie dürfen auch nicht nach § 10d abgezogen werden. Die Verluste mindern jedoch nach Maßgabe des § 10d die Gewinne, die der Steuerpflichtige in dem unmittelbar vorangegangenen und in den folgenden Wirtschaftsjahren aus gewerblicher Tierzucht oder gewerblicher Tierhaltung erzielt hat oder erzielt; § 10d Absatz 4 gilt entsprechend. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Verluste aus Termingeschäften, durch die der Steuerpflichtige einen Differenzausgleich oder einen durch den Wert einer veränderlichen Bezugsgröße bestimmten Geldbetrag oder Vorteil erlangt. Satz 3 gilt nicht für die Geschäfte, die zum gewöhnlichen Geschäftsbetrieb bei Kreditinstituten, Finanzdienstleistungsinstituten und Finanzunternehmen im Sinne des Gesetzes über das Kreditwesen gehören oder die der Absicherung von Geschäften des gewöhnlichen Geschäftsbetriebs dienen. Satz 4 gilt nicht, wenn es sich um Geschäfte handelt, die der Absicherung von Aktiengeschäften dienen, bei denen der Veräußerungsgewinn nach § 3 Nummer 40 Satz 1 Buchstabe a und b in Verbindung mit § 3c Absatz 2 teilweise steuerfrei ist, oder die nach § 8b Absatz 2 des Körperschaftsteuergesetzes bei der Ermittlung des Einkommens außer Ansatz bleiben. Verluste aus stillen Gesellschaften, Unterbeteiligungen oder sonstigen Innengesellschaften an Kapitalgesellschaften, bei denen der Gesellschafter oder Beteiligte als Mitunternehmer anzusehen ist, dürfen weder mit Einkünften aus Gewerbebetrieb noch aus anderen Einkunftsarten ausgeglichen werden; sie dürfen auch nicht nach § 10d abgezogen werden. Die Verluste mindern jedoch nach Maßgabe des § 10d die Gewinne, die der Gesellschafter oder Beteiligte in dem unmittelbar vorangegangenen Wirtschaftsjahr oder in den folgenden Wirtschaftsjahren aus derselben stillen Gesellschaft, Unterbeteiligung oder sonstigen Innengesellschaft bezieht; § 10d Absatz 4 gilt entsprechend. Die Sätze 6 und 7 gelten nicht, soweit der Verlust auf eine natürliche Person als unmittelbar oder mittelbar beteiligter Mitunternehmer entfällt.

§ 18

(1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind

1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Ein Angehöriger eines freien

Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;

2. Einkünfte der Einnahmer einer staatlichen Lotterie, wenn sie nicht Einkünfte aus Gewerbebetrieb sind;

3. Einkünfte aus sonstiger selbständiger Arbeit, z. B. Vergütungen für die Vollstreckung von Testamenten, für Vermögensverwaltung und für die Tätigkeit als Aufsichtsratsmitglied;

4. Einkünfte, die ein Beteiligter an einer vermögensverwaltenden Gesellschaft oder Gemeinschaft, deren Zweck im Erwerb, Halten und in der Veräußerung von Anteilen an Kapitalgesellschaften besteht, als Vergütung für Leistungen zur Förderung des Gesellschafts- oder Gemeinschaftszwecks erzielt, wenn der Anspruch auf die Vergütung unter der Voraussetzung eingeräumt worden ist, dass die Gesellschafter oder Gemeinschaftler ihr eingezahltes Kapital vollständig zurückerhalten haben; § 15 Absatz 3 ist nicht anzuwenden.

§ 19

(1) Zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören

1. Gehälter, Löhne, Gratifikationen, Tantiemen und andere Bezüge und Vorteile für eine Beschäftigung im öffentlichen oder privaten Dienst;

1a. Zuwendungen des Arbeitgebers an seinen Arbeitnehmer und dessen Begleitpersonen anlässlich von Veranstaltungen auf betrieblicher Ebene mit gesellschaftlichem Charakter (Betriebsveranstaltung). Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind alle Aufwendungen des Arbeitgebers einschließlich Umsatzsteuer unabhängig davon, ob sie einzelnen Arbeitnehmern individuell zurechenbar sind oder ob es sich um einen rechnerischen Anteil an den Kosten der Betriebsveranstaltung handelt, die der Arbeitgeber gegenüber Dritten für den äußeren Rahmen der Betriebsveranstaltung aufwendet. Soweit solche Zuwendungen den Betrag von 110 Euro je Betriebsveranstaltung und teilnehmenden Arbeitnehmer nicht übersteigen, gehören sie nicht zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit, wenn die Teilnahme an der Betriebsveranstaltung allen Angehörigen des Betriebs oder eines Betriebsteils offensteht. Satz 3 gilt für bis zu zwei Betriebsveranstaltungen jährlich. Die Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind abweichend von § 8 Absatz 2 mit den anteilig auf den Arbeitnehmer und dessen Begleitpersonen entfallenden Aufwendungen des Arbeitgebers im Sinne des Satzes 2 anzusetzen;

2. Wartegelder, Ruhegelder, Witwen- und Waisengelder und andere Bezüge und Vorteile aus früheren Dienstleistungen, auch soweit sie von Arbeitgebern ausgleichspflichtiger Personen an ausgleichsberechtigte Personen infolge einer nach § 10 oder § 14 des Versorgungsausgleichsgesetzes durchgeführten Teilung geleistet werden;

3. laufende Beiträge und laufende Zuwendungen des Arbeitgebers aus einem bestehenden Dienstverhältnis an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung für eine betriebliche Altersversorgung. Zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören auch Sonderzahlungen, die der Arbeitgeber neben den laufenden Beiträgen und Zuwendungen an eine solche Versorgungseinrichtung leistet, mit Ausnahme der Zahlungen des Arbeitgebers

a) zur erstmaligen Bereitstellung der Kapitalausstattung zur Erfüllung der Solvabilitätskapitalanforderung nach den §§ 89, 213, 234g oder 238 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

b) zur Wiederherstellung einer angemessenen Kapitalausstattung nach unvorhersehbaren Verlusten oder zur Finanzierung der Verstärkung der Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse, wobei die Sonderzahlungen nicht zu einer Absenkung des laufen-

den Beitrags führen oder durch die Absenkung des laufenden Beitrags Sonderzahlungen ausgelöst werden dürfen,

c) in der Rentenbezugszeit nach § 236 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder

d) in Form von Sanierungsgeldern;

Sonderzahlungen des Arbeitgebers sind insbesondere Zahlungen an eine Pensionskasse anlässlich

a) seines Ausscheidens aus einer nicht im Wege der Kapitaldeckung finanzierten betrieblichen Altersversorgung oder

b) des Wechsels von einer nicht im Wege der Kapitaldeckung zu einer anderen nicht im Wege der Kapitaldeckung finanzierten betrieblichen Altersversorgung.

Von Sonderzahlungen im Sinne des Satzes 2 zweiter Halbsatz Buchstabe b ist bei laufenden und wiederkehrenden Zahlungen entsprechend dem periodischen Bedarf nur auszugehen, soweit die Bemessung der Zahlungsverpflichtungen des Arbeitgebers in das Versorgungssystem nach dem Wechsel die Bemessung der Zahlungsverpflichtung zum Zeitpunkt des Wechsels übersteigt. Sanierungsgelder sind Sonderzahlungen des Arbeitgebers an eine Pensionskasse anlässlich der Systemumstellung einer nicht im Wege der Kapitaldeckung finanzierten betrieblichen Altersversorgung auf der Finanzierungs- oder Leistungsseite, die der Finanzierung der zum Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Versorgungsverpflichtungen oder Versorgungsanwartschaften dienen; bei laufenden und wiederkehrenden Zahlungen entsprechend dem periodischen Bedarf ist nur von Sanierungsgeldern auszugehen, soweit die Bemessung der Zahlungsverpflichtungen des Arbeitgebers in das Versorgungssystem nach der Systemumstellung die Bemessung der Zahlungsverpflichtung zum Zeitpunkt der Systemumstellung übersteigt.

Es ist gleichgültig, ob es sich um laufende oder um einmalige Bezüge handelt und ob ein Rechtsanspruch auf sie besteht.

(2) Von Versorgungsbezügen bleiben ein nach einem Prozentsatz ermittelter, auf einen Höchstbetrag begrenzter Betrag (Versorgungsfreibetrag) und ein Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag steuerfrei. 2 Versorgungsbezüge sind

1. das Ruhegehalt, Witwen- oder Waisengeld, der Unterhaltsbeitrag oder ein gleichartiger Bezug

a) auf Grund beamtenrechtlicher oder entsprechender gesetzlicher Vorschriften,

b) nach beamtenrechtlichen Grundsätzen von Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder öffentlich-rechtlichen Verbänden von Körperschaften

oder

2. in anderen Fällen Bezüge und Vorteile aus früheren Dienstleistungen wegen Erreichens einer Altersgrenze, verminderter Erwerbsfähigkeit oder Hinterbliebenenbezüge; Bezüge wegen Erreichens einer Altersgrenze gelten erst dann als Versorgungsbezüge, wenn der Steuerpflichtige das 63. Lebensjahr oder, wenn er schwerbehindert ist, das 60. Lebensjahr vollendet hat.

Der maßgebende Prozentsatz, der Höchstbetrag des Versorgungsfreibetrags und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen:

Jahr des Versorgungsbeginns	Versorgungsfreibetrag		Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag in Euro
	in % der Versorgungsbezüge	Höchstbetrag in Euro	
bis 2005	40	3 000	900
ab 2006	38,4	2 880	864
2007	36,8	2 760	828
2008	35,2	2 640	792
2009	33,6	2 520	756
2010	32	2 400	720
2011	30,4	2 280	684
2012	28,8	2 160	648
2013	27,2	2 040	612
2014	25,6	1 920	576
2015	24	1 800	540
2016	22,4	1 680	504
2017	20,8	1 560	468
2018	19,2	1 440	432
2019	17,6	1 320	396
2020	16	1 200	360
2021	15,2	1 140	342
2022	14,4	1 080	324
2023	13,6	1 020	306
2024	12,8	960	288
2025	12	900	270
2026	11,2	840	252
2027	10,4	780	234
2028	9,6	720	216
2029	8,8	660	198
2030	8,0	600	180
2031	7,2	540	162
2032	6,4	480	144
2033	5,6	420	126
2034	4,8	360	108
2035	4,0	300	90
2036	3,2	240	72
2037	2,4	180	54
2038	1,6	120	36
2039	0,8	60	18
2040	0,0	0	0

Bemessungsgrundlage für den Versorgungsfreibetrag ist

a) bei Versorgungsbeginn vor 2005 das Zwölfwache des Versorgungsbezugs für Januar 2005,

b) bei Versorgungsbeginn ab 2005 das Zwölfwache des Versorgungsbezugs für den ersten vollen Monat,

jeweils zuzüglich voraussichtlicher Sonderzahlungen im Kalenderjahr, auf die zu diesem Zeitpunkt ein Rechtsanspruch besteht. Der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag darf nur bis zur Höhe der um den Versorgungsfreibetrag geminderten Bemessungsgrundlage berücksichtigt werden. Bei mehreren Versorgungsbezügen mit unterschiedlichem Bezugsbeginn bestimmen sich der insgesamt berücksichtigungsfähige Höchstbetrag des Versorgungsfreibetrags und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag nach dem Jahr des Beginns des ersten Versorgungsbezugs. Folgt ein Hinterbliebenenbezug einem Versorgungsbezug, bestimmen sich der Prozentsatz, der Höchstbetrag des Versorgungsfreibetrags und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag für den Hinterbliebenenbezug nach dem Jahr des Beginns des Versorgungsbezugs. Der nach den Sätzen 3 bis 7 berechnete Versorgungsfreibetrag und Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag gelten für die gesamte Laufzeit des Versorgungsbezugs. Regelmäßige Anpassungen des Versorgungsbezugs führen nicht zu einer Neuberechnung. Abweichend hiervon sind der Versorgungsfreibetrag und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag neu zu berechnen, wenn sich der Versorgungsbezug wegen Anwendung von Anrechnungs-, Ruhens-, Erhöhungs- oder Kürzungsregelungen erhöht oder vermindert. In diesen Fällen sind die Sätze 3 bis 7 mit dem geänderten Versorgungsbezug als Bemessungsgrundlage im Sinne des Satzes 4 anzuwenden; im Kalenderjahr der Änderung sind der höchste Versorgungsfreibetrag und Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag maßgebend. Für jeden vollen Kalendermonat, für den keine Versorgungsbezüge gezahlt werden, ermäßigen sich der Versorgungsfreibetrag und der Zuschlag zum Versorgungsfreibetrag in diesem Kalenderjahr um je ein Zwölftel.

Auszug Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG)

§ 3 Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

- (1) Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht, wenn
 1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
 2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.
- (2) Als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 gilt auch eine Arbeitsverhinderung, die infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.
- (3) Der Anspruch nach Absatz 1 entsteht nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses.

Auszug Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen
 1. bei Frühgeburten,
 2. bei Mehrlingsgeburten und,
 3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird. Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

[...]

Auszug Drittes Sozialgesetzbuch (SGB III)

§ 159 Ruhen bei Sperrzeit

- (1) Hat die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer sich versicherungswidrig verhalten, ohne dafür einen wichtigen Grund zu haben, ruht der Anspruch für die Dauer einer Sperrzeit. Versicherungswidriges Verhalten liegt vor, wenn
1. die oder der Arbeitslose das Beschäftigungsverhältnis gelöst oder durch ein arbeitsvertragswidriges Verhalten Anlass für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses gegeben und dadurch vorsätzlich oder grob fahrlässig die Arbeitslosigkeit herbeigeführt hat (Sperrzeit bei Arbeitsaufgabe),
 2. die bei der Agentur für Arbeit als arbeitsuchend gemeldete (§ 38 Absatz 1) oder die arbeitslose Person trotz Belehrung über die Rechtsfolgen eine von der Agentur für Arbeit unter Benennung des Arbeitgebers und der Art der Tätigkeit angebotene Beschäftigung nicht annimmt oder nicht antritt oder die Anbahnung eines solchen Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere das Zustandekommen eines Vorstellungsgespräches, durch ihr Verhalten verhindert (Sperrzeit bei Arbeitsablehnung),
 3. die oder der Arbeitslose trotz Belehrung über die Rechtsfolgen die von der Agentur für Arbeit geforderten Eigenbemühungen nicht nachweist (Sperrzeit bei unzureichenden Eigenbemühungen),
 4. die oder der Arbeitslose sich weigert, trotz Belehrung über die Rechtsfolgen an einer Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§ 45) oder einer Maßnahme zur beruflichen Ausbildung oder Weiterbildung oder einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben teilzunehmen (Sperrzeit bei Ablehnung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme),
 5. die oder der Arbeitslose die Teilnahme an einer in Nummer 4 genannten Maßnahme abbricht oder durch maßnahmewidriges Verhalten Anlass für den Ausschluss aus einer dieser Maßnahmen gibt (Sperrzeit bei Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme),
 6. die oder der Arbeitslose sich nach einer Aufforderung der Agentur für Arbeit weigert, trotz Belehrung über die Rechtsfolgen an einem Integrationskurs nach § 43 des Aufenthaltsgesetzes oder an einem Kurs der berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a des Aufenthaltsgesetzes teilzunehmen, der jeweils für die dauerhafte berufliche Eingliederung notwendig ist (Sperrzeit bei Ablehnung eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung),
 7. die oder der Arbeitslose die Teilnahme an einem in Nummer 6 genannten Kurs abbricht oder durch maßnahmewidriges Verhalten Anlass für den Ausschluss aus einem dieser Kurse gibt (Sperrzeit bei Abbruch eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung),
 8. die oder der Arbeitslose einer Aufforderung der Agentur für Arbeit, sich zu melden oder zu einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen

(§ 309), trotz Belehrung über die Rechtsfolgen nicht nachkommt oder nicht nachgekommen ist (Sperrzeit bei Meldeversäumnis),

9. die oder der Arbeitslose der Meldepflicht nach § 38 Absatz 1 nicht nachgekommen ist (Sperrzeit bei verspäteter Arbeitsuchendmeldung).

Die Person, die sich versicherungswidrig verhalten hat, hat die für die Beurteilung eines wichtigen Grundes maßgebenden Tatsachen darzulegen und nachzuweisen, wenn diese Tatsachen in ihrer Sphäre oder in ihrem Verantwortungsbereich liegen.

(2) Die Sperrzeit beginnt mit dem Tag nach dem Ereignis, das die Sperrzeit begründet, oder, wenn dieser Tag in eine Sperrzeit fällt, mit dem Ende dieser Sperrzeit. Werden mehrere Sperrzeiten durch dasselbe Ereignis begründet, folgen sie in der Reihenfolge des Absatzes 1 Satz 2 Nummer 1 bis 9 einander nach.

(3) Die Dauer der Sperrzeit bei Arbeitsaufgabe beträgt zwölf Wochen. Sie verkürzt sich

1. auf drei Wochen, wenn das Arbeitsverhältnis innerhalb von sechs Wochen nach dem Ereignis, das die Sperrzeit begründet, ohne eine Sperrzeit geendet hätte,
2. auf sechs Wochen, wenn
 - a) das Arbeitsverhältnis innerhalb von zwölf Wochen nach dem Ereignis, das die Sperrzeit begründet, ohne eine Sperrzeit geendet hätte oder

b) eine Sperrzeit von zwölf Wochen für die arbeitslose Person nach den für den Eintritt der Sperrzeit maßgebenden Tatsachen eine besondere Härte bedeuten würde.

(4) Die Dauer der Sperrzeit bei Arbeitsablehnung, bei Ablehnung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme, bei Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme, bei Ablehnung eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung oder bei Abbruch eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung beträgt

1. im Fall des erstmaligen versicherungswidrigen Verhaltens dieser Art drei Wochen,
2. im Fall des zweiten versicherungswidrigen Verhaltens dieser Art sechs Wochen,
3. in den übrigen Fällen zwölf Wochen. Im Fall der Arbeitsablehnung oder der Ablehnung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme nach der Meldung zur frühzeitigen Arbeitsuche (§ 38 Absatz 1) im Zusammenhang mit der Entstehung des Anspruchs gilt Satz 1 entsprechend.

(5) Die Dauer einer Sperrzeit bei unzureichenden Eigenbemühungen beträgt zwei Wochen.

(6) Die Dauer einer Sperrzeit bei Meldeversäumnis oder bei verspäteter Arbeitsuchendmeldung beträgt eine Woche.

Auszug Viertes Sozialgesetzbuch (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige

Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird beim Zusammenrechnen nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tag ein, an dem die Entscheidung über die Versicherungspflicht nach § 37 des Zehnten Buches durch die Einzugsstelle nach § 28i Satz 5 oder einen anderen Träger der Rentenversicherung bekannt gegeben wird. Dies gilt nicht, wenn der Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat, den Sachverhalt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung aufzuklären.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nach Satz 2 ist der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach Absatz 2 Satz 6 ergebende Anteil am Nettoarbeitsentgelt mit dem Vomhundertsatz anzusetzen, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgelts nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. Das nach Satz 1 bis 3 berechnete kalendertägliche Krankengeld darf das sich aus dem Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 ergebende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen

ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen. Bei der Berechnung des Regelentgelts nach Satz 1 und des Nettoarbeitsentgelts nach den Sätzen 2 und 4 sind die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten des Übergangsbereichs nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches nicht zu berücksichtigen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeits-

unfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielen und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. Für die Berechnung des Regelentgelts ist der dreihundertsechzigste Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist das Regelentgelt aus dem Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertsechzigste Teil dieses Betrages anzusetzen. Die Zahl dreihundertsechzig ist um die Zahl der Kalendertage zu vermindern, in denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz nicht bestand oder für die nach § 234 Abs. 1 Satz 3 Arbeitseinkommen nicht zugrunde zu legen ist. Die Beträge nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) (weggefallen)

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen. Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum 30. November 2019 das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgrup-

pen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses. [...]

Auszug Neundes Sozialgesetzbuch (SGB IX)

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussicht-

lich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen mit dieser Zielrichtung erbracht werden.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§152 Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorse-

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit

nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der

Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe